

Święta Katarzyna,

.....

Imię i Nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA O SPRAWOWANIU
BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKANIU WE WSPÓLNYM
GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem* Pana/Pani

..... i sprawuję
nad nią bezpośrednią Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej całodobową opiekę oraz
zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

podpis członka rodziny lub opiekun

* Niepotrzebne skreślić